

Kwalifikacja pacjenta do programu zdrowotnego - leczenie dorosłych chorych ze śpiączką - WZÓR

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

		-			-							
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

LP.	Kryteria oceny			Spełnianie kryteriów kwalifikacji		
				Tak	Nie	Nie dotyczy
1	Skala Glasgow (GSC) od 6 do 8 pkt.	Uzyskana liczba punktów				
2	Pozostawanie w stanie śpiączki w okresie:					
	- nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu	Udokumentowana data urazu	____/____/____ dzień/miesiąc/rok			
	- nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej	Udokumentowana data wystąpienia śpiączki nieurazowej	____/____/____ dzień/miesiąc/rok			
3	Stabilność podstawowych parametrów życiowych	Uwagi				
4	Stabilność oddechowa bez wspomaganie mechanicznego	Uwagi				
5	Ukończony 18. rok życia w dniu przyjęcia	Data urodzenia	____/____/____ dzień/miesiąc/rok			
		Wiek	____/____/____ dzień/miesiąc/rok			

6	Czas od zdarzenia wywołującego śpiączkę nie krótszy niż 6 tygodni	Udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę	<div style="text-align: center;"> ____/____/____ dzień/miesiąc/rok </div>			
Kwalifikacja do programu zdrowotnego						

.....

Podpis i pieczęć lekarza